



DOI: 10.24412 / 1561-7785-2025-1-40-50
EDN: WVTYNK

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ НА ЭТАПАХ РЕПРОДУКТИВНОГО ВЫБОРА: ОТ ПЛАНИРОВАНИЯ ДО ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ

Русанова Н.Е.*, Назарова И.Б.

ИСЭПН ФНИСЦ РАН
(117218, Россия, Москва, Нахимовский проспект, 32)

*E-mail: ner238@rambler.ru

Финансирование:

Исследование выполнено за счёт гранта РФ в рамках научного проекта № 23–28–00942. — URL: <https://rscf.ru/project/23-28-00942/>.

Для цитирования:

Русанова Н.Е., Назарова И.Б. Эмоциональные проблемы на этапах репродуктивного выбора: от планирования до послеродовой депрессии // Народонаселение. — 2025. — Т. 28. — № 1. — С. 40-50. DOI: 10.24412 / 1561-7785-2025-1-40-50; EDN: WVTYNK

Аннотация. Статья посвящена анализу основных особенностей психоэмоционального состояния женщин и его регулирования на разных этапах принятия репродуктивных решений: планирования беременности, сохранения беременности, родов. Долгое время эмоциональные особенности этих периодов оставались индивидуальной проблемой, выходящей за рамки интересов общества. При высокой нерегулируемой рождаемости эмоции обращали на себя внимание лишь в связи с состояниями, физически угрожающими жизни женщины и её последующей фертильности. Сегодня актуальность темы обусловлена институциональной равнозначностью всех вариантов репродуктивного выбора — от сознательного отказа от рождения детей, естественной беременности и самостоятельных родов до экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) с использованием донорских клеток, беременности с помощью суррогатных матерей, криоконсервации эмбрионов для «отложенных рождений». Все они характеризуются эмоциональным напряжением, смягчение которого возможно с учётом особенностей на каждом этапе репродуктивного выбора и социальной природы репродуктивных решений. В контексте пронаталистской демографической политики, предполагающей расширение масштабов социально-экономической помощи семьям с детьми, интерес вызывают две группы населения, отказывающегося от деторождения: женщины, которые боятся родов, и пациенты с бесплодием. Эмоционально проблематичен аборт, поскольку позволяет сохранить репродуктивное здоровье женщины, но часто сопровождается её личностными переживаниями. Психологическая помощь должна быть направлена, в том числе, на формирование репродуктивных установок подростков и смягчение последствий послеродовой депрессии.

Ключевые слова: репродуктивное поведение, роды, аборт, эмоциональное здоровье, эмоционально-психологическое самочувствие.

Введение

Сегодня эмоциональное здоровье стало самостоятельным компонентом общественного здоровья, где особая роль отводится микросоциуму («ближнему кругу»), но на практике рассматривается, как правило, в контексте общего психологического благополучия или психического здоровья, детерминанты которого «включают в себя не только индивидуальные атрибуты, например, способность управлять собственными мыслями, эмоциями, поведением и взаимодействием с другими людьми, но также социальные, культурные, экономические, политические и экологические факторы, такие, как национальная политика, социальная защита, уровень жизни, условия работы и социальная поддержка окружающих»¹. Такое положение согласуется с тем, что репродуктивная сфера не является сугубо личной в силу институционализации сопровождения процессов естественного воспроизводства в медицинской, законодательной сфере и чувствительности общества к беременности, рождению детей или отказу от них.

Значительный пул исследований доказывает негативную связь психоэмоциональных факторов, прежде всего переживаний, стресса на негативное течение беременности и в целом на стремление зачать и родить ребёнка. Вместе с тем доказано и обратное — положительный эмоциональный фон и позитивные эмоции во время беременности связаны со снижением риска преждевременных родов и нормальным течением беременности [1], что обуславливает важность эмоционального здоровья для женщины, желающей стать матерью, и её близких.

В контексте пронаталистской демографической политики, предполагающей расширение масштабов социально-экономической помощи семьям с детьми, эмоциональные аспекты особенно важны для групп населения с диаметрально про-

тивоположными репродуктивными намерениями: женщин, принимающих решение о сохранении или прерывании беременности, и бесплодных женщин / мужчин / родительских пар, желающих родить ребёнка. На фоне виртуальной социализации усилился вклад эмоциональных компонентов в репродуктивное поведение женщин с патологической боязнью деторождения, однако результат в этом случае влияет не столько на текущую, сколько на будущую рождаемость. С точки зрения возможности последующих рождений актуализировались эмоциональные аспекты послеродовой депрессии и репродуктивного поведения подростков. Все это приводит к необходимости исследования взаимосвязей психоэмоционального состояния и выбора в пользу или против рождения ребёнка на разных этапах принятия репродуктивных решений: планирования беременности, сохранения беременности, родов. Цель данной работы — изучение эмоциональных составляющих репродуктивного выбора представителей различных групп населения, реальных и мнимых стереотипов в отношении проблем, связанных с репродукцией.

Эмпирическая база, методы, методология

Исследование проведено на основе официальных и отраслевых статистических показателей, прямо и косвенно характеризующих российскую рождаемость за 2000–2022 гг.,² использована международная статистика Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)³. На основе тематической вторичной социологической информации (анализ релевантной литературы за 1990–2023 гг.)⁴ и нормативно-правовых источников регулирования психоэмоционального состояния населения в репродуктив-

² Официальные статистические показатели // ЕМИСС. — URL: <https://www.fedstat.ru/?ysclid=m5kdga2p63773013129> (дата обращения: 02.12.2024).

³ Подростковая беременность. — URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy> (дата обращения: 02.06.2024).

⁴ Исследовано 54 источника, часть из них вошли в статью. Источники указаны в постраничных ссылках и в списке использованной литературы.

¹ Comprehensive mental health action plan 2013–2030 (Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013–2030). — Женева: ВОЗ, 2022. — URL: <https://www.who.int/ru/publications/i/item/9789240031029> (дата обращения: 02.06.2024).

ный период, включая приказы Министерства здравоохранения РФ (МЗ РФ). Проанализированы работы, позволяющие рассмотреть историю проблем эмоционально-психологического отношения к беременности и родам (женщин фертильного возраста и общества) и оценить эмоционально-психологическую составляющую репродуктивного выбора женщин различных возрастов, поскольку эта сфера является одной из наиболее эмоционально чувствительных. Применён контент-анализ описания эмоционально-психологического отношения к процессу планирования беременности, течению беременности, родам и возможных последствий репродуктивного поведения и установок, обобщены результаты изучения репродуктивного выбора.

Репродуктивные установки и поведение как важная сфера для индивида и общества могут быть обусловлены традициями, общественными и легитимными нормами, культурой и ценностями общества. Общественное мнение влияет на создание стереотипов, которые в разной степени соответствуют объективной реальности, становясь позитивными и негативными. Как правило, в основе социального стереотипа находится реальный психологический феномен, представляющий один из компонентов установки восприятия, которая аккумулирует предшествующий опыт индивида в своеобразный алгоритм отношения к соответствующему объекту⁵. Негативный стереотип в отношении социальной группы опасен, поскольку сформированный отрицательный образ может привести к образованию петли обратной связи в обществе, когда негативные явления усиливают друг друга (например, негативные образы группы и социальное положение группы взаимно усиливают друг друга) [2].

Эмоционально-обусловленный репродуктивный выбор и его последствия.

Даже благоприятный репродуктивный выбор — родить ребёнка и благополучное

течение беременности — без физиологических и психологических проблем, протекает с эмоциональными переживаниями и психологическими изменениями для женщины. На протяжении беременности сознание и самосознание женщин претерпевают ряд изменений: изменяется личностный статус женщины; изменяется восприятие себя как более эмпативной; эмоционально насыщенным становится образ материнства; изменяется и конкретизируется образ ребёнка, который включается в сферу самосознания женщины [3].

Одними из наиболее эмоционально сложных репродуктивных решений, являются связанные с сохранением беременности и с «нетерпением забеременеть» [4]. До сих пор, несмотря на современную эффективную контрацепцию, в мире остаётся распространённым аборт: около 60% нежелательных беременностей и 30% всех беременностей заканчиваются искусственным прерыванием⁶. Безопасный аборт в большинстве случаев сохраняет репродуктивное здоровье женщины, однако часто сопровождается личностными проблемами, значимость которых сохраняется десятилетиями: ухудшение психического состояния после аборта отмечалась у каждой третьей в опросе 1998 года [5]. Женщина, сделавшая аборт, может столкнуться с негативными последствиями не только медицинского, психологического, социального характера, но и духовных мучений: Церковь расценивает намеренное прерывание беременности как тяжкий грех [6]. Такое мнение для женщин может быть важным, несмотря на противоположное суждение, также существующее в обществе: государственная антиабортная политика сопутствует происходящим процессам ретрадиционализации идеологии и инструментов регулирования репродукции и сексуальности [7].

Абортная стигма приводит к отрицательным психологическим последствиям не только у самих женщин, но и у практикующих медиков, психологов и «третьих лиц», стремящихся облегчить эмоциональные

⁵ Философский энциклопедический словарь. — Москва: Советская энциклопедия, 1983. — С. 654

⁶ Руководство по уходу при прерывании беременности. — ВОЗ, 2022. — URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/360837> (дата обращения: 02.06.2024).

страдания. В связи с этим ВОЗ рекомендует упразднить такие меры, как требование разрешения третьих лиц (мужей, партнёров, родителей или опекунов, а также органов здравоохранения), предвзятые консультации, обязательные периоды выжидания, ограничения, связанные с незамужним статусом женщины, используя для этого все современные способы распространения информации.

Ещё сильнее стигматизировано бесплодие, поскольку наличие детей и сегодня остаётся негласным условием успешности человека, социально одобряется, а невозможность родить ребёнка приводит к эмоциональным отклонениям в виде снижения самооценки, чувства собственной неполноценности и одиночества, повышенной тревожности, страхов, разводам [8]. Поскольку вопрос деторождения до сих пор не везде является пространством исключительно частных решений, бездетность делает нормой обязательное материнство, а бесплодие становится маркером «социальной дефектности», «вина» за которую явно или скрыто перекладывается на женщину, усугубляя ещё и психологические проблемы [9].

По мнению врачей, у 5–10% женщин, которые в течение долгого времени не могут забеременеть, диагностируется психологическое бесплодие (идиопатическое), главной особенностью которого является невозможность зачатия при отсутствии объективных причин. В группу риска входят финансово обеспеченные женщины 30–35 лет, сосредоточенные на карьере и постоянном профессиональном самосовершенствовании, а также эмоционально незрелые женщины, сильно зависимые от мнения окружающих⁷. При длительном и безрезультатном лечении от бесплодия возникает «кризис бесплодия», связанный с проблемой неполноценности и «социальной незаконченности» [10], нарушается эмоциональная сфера брака. Программы ВРТ, особенно с участием третьих лиц (репродуктивное донорство, суррогатное материнство), ещё больше повышают тревожность и стресс [11].

⁷ Гайнулин Э.Р. Психогенное бесплодие. — URL: <https://rehabfamily.com/articles/psikhogennoe-besplodie/> (дата обращения: 25.07.2024).

Расстройства эмоций из-за невозможности забеременеть связаны с тем, что потенциальные родители выпадают из психосоциальных ролей и развивают в себе социальную фобию, стигматизация которой строится на чувстве вины и в некоторых случаях косвенно поддерживается средствами массовой информации: «Я успела купить квартиру и отремонтировать дом. Но я не успела стать мамой. Жалею»⁸. Женщины в бесплодных парах сообщали о плохой семейной адаптации и качестве жизни, у мужчин возникали сложности из-за психологического давления и вынужденного приспособления супружеских контактов к физиологическому циклу [12]. Такое эмоциональное бремя бесплодия свидетельствует о необходимости разносторонней психологической поддержки пациентов.

Предметом особого внимания остаётся эмоциональное здоровье подростков, только формирующих свои репродуктивные ориентиры. Подростковая беременность является глобальным явлением с хорошо известными причинами и серьёзными медицинскими, социальными и экономическими последствиями. За 2000–2023 гг. рождаемость несовершеннолетних в мире снизилась с 64,5 рождений на 1000 женщин 15–19 лет до 41,3⁹, и, хотя показатели заметно дифференцируются по странам, а сама беременность не всегда ожидаема и желанна, у матерей возраста 12–17 лет рождаются не только первенцы. Например, в России в 2023 г. возрастной коэффициент рождаемости среди подростков 10–14 лет составил 0,1%, 15–19 лет — 12,4%¹⁰; в 2021 г. на долю российских матерей моложе 20 лет пришлось 3,55% всех рождений¹¹. Число

⁸ Opolska Z. Niepłodność boli bardziej niż depresja. — URL: www.medonet.pl 16.05.2018 (дата обращения: 31.07.2024).

⁹ Подростковая беременность. — URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy> (дата обращения: 02.06.2024).

¹⁰ Коэффициент рождаемости среди подростков (в возрасте от 10 до 14 лет и в возрасте от 15 до 19 лет) на 1000 женщин в соответствующей возрастной группе (3.7.2). — URL: <https://fedstat.ru/indicator/58677> (дата обращения: 02.12.2024).

¹¹ Естественное движение населения Российской Федерации в 2021 году. — Москва: Росстат. — С. 18. — URL: <https://fedstat.ru/> (дата обращения: 02.12.2024).

вторых и последующих рождений увеличивается с возрастом: у 19-летних матерей зафиксировано 67,35% рождений третьих детей среди матерей-подростков (359 чел.),

75,47% (40 чел.) — четвёртых детей и единственный в этой возрастной группе пятый ребенок (рис. 1а).

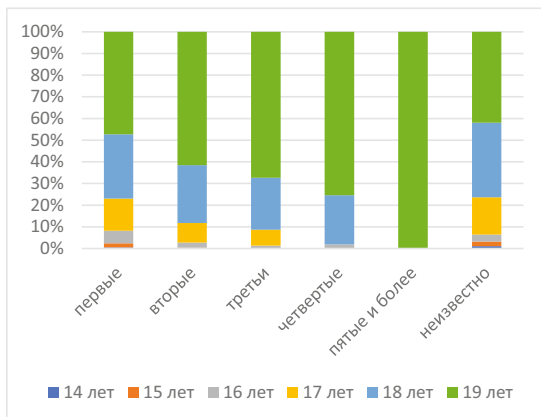


Рис. 1а. Структура родившихся живыми у подростков по возрасту матери и очередности рождений среди женщин 14–19 лет (%)

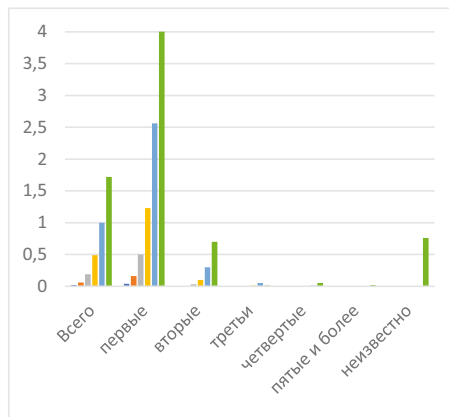


Рис. 1б. Структура родившихся живыми у подростков по возрасту матери и очередности рождений среди женщин всех возрастов (%)

Рис. 1. Структура родившихся по возрасту матери и очерёдности рождений у матерей-подростков в РФ

Fig. 1. Structure of births according to the age of mother and the order of births among adolescent mothers in the Russian Federation

Источник. Естественное движение населения Российской Федерации в 2021 году. — Москва : Росстат. — С. 18. — URL: <https://fedstat.ru/> (дата обращения: 02.12.2024).

Бесплодие в подростковом возрасте всегда было менее актуально, поскольку в большинстве случаев выявлялось после нескольких лет супружеских контактов. Совершенство диагностических возможностей репродуктологии «омолодило» эту патологию, однако расширение информационных контактов способствовало тому, что подростки не только спокойно воспринимают возможные трудности с появлением на свет желанных детей, но и учитывают их в новых социокультурных прокреативных нормах, обусловленных принципиальной возможностью медикализации процессов зачатия, беременности и родов [13].

Женщины испытывают страх как перед первыми родами, в том числе, исходя из имеющихся стереотипов, основанных на обобщении чужого опыта, и своего не-

удачного опыта предыдущих родов. В первом случае речь идёт прежде всего о токофобии — беспричинном страхе перед родами у женщин, стремящихся избежать родов, несмотря на желание иметь детей. Неудачные, сложные, травмирующие первые роды также вселяют в женщину страх, например, была установлена связь между экстренным кесаревым сечением и вакуум-экстракцией плода в ходе первых родов с возрастающим риском страха последующих родов. При этом ситуация усугублялась отсутствием социальной поддержки женщины [14]. Расстройство эмоций становится глобальной проблемой — по данным ВОЗ, депрессию испытывают более 10% беременных и только что родивших женщин во всем мире [15], а, по некоторым данным, до 25% отцов новорождённых [16].

Возможности государства по регулированию эмоционального состояния на этапах репродуктивного периода

Общественные потребности роста количества и качества рождений при сохранении репродуктивных возможностей населения обусловили усиление внимания к мерам по регулированию индивидуального физиологического процесса зачатия, родов и прерывания беременности. Все они характеризуются эмоциональным напряжением, смягчение которого возможно с учётом особенностей на каждом этапе репродуктивного выбора и социальной природы репродуктивных решений. Для всех важен «положительный опыт родов», соответствующий личным ожиданиям, подразумевающий рождение здорового ребёнка в безопасном окружении, с физической и эмоциональной поддержкой, в том числе, со стороны партнёров и доброжелательного компетентного медицинского персонала. Это требует мер на межличностном уровне (между женщиной и медицинскими работниками), а также на уровне учреждения здравоохранения и системы здравоохранения в целом¹². Этому способствует включение функций по применению современных методов профилактики абортот и оказанию медицинской помощи в связи с искусственным прерыванием беременности в деятельность Центров охраны здоровья семьи и репродукции, для чего штатным расписанием предусматривается врач-психотерапевт (медицинский психолог) — не менее одной должности в отделении охраны репродуктивного здоровья, и медицинский психолог — одна должность на восемь должностей врачей-специалистов, ведущих консультативный приём в иных структурных подразделениях¹³.

¹² WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience (Рекомендации ВОЗ по уходу в интранатальный период для формирования положительного опыта родов). — Женева: ВОЗ; 2021. — Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

¹³ Приказ МЗ РФ от 20 октября 2020 г. № 1130н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», Приложения 1, 32, 33, 41, 42. — URL: <https://base.garant.ru / 74840123 /> (дата обращения: 25.07.2024).

Поскольку нормативы не распространяются на негосударственные медицинские организации, появляется возможность организовать альтернативные консультации в период беременности и родов, например, по телефону доверия. Федеральные меры дополняются региональными: например, в Тульской области предусматривается возможность для женщин в послеродовом периоде, не посещавшим школу молодых мам, обратиться к психологу по поводу послеродового невроза или депрессии¹⁴. Московская городская служба психологической помощи населению предоставляет пять бесплатных консультаций¹⁵.

Психоэмоциональные проблемы, связанные с репродуктивными планами несовершеннолетних, решаются в Центрах охраны репродуктивного здоровья подростков (ЦОРЗП), которые обеспечивают профилактическую и организационно-методическую работу, оказывают консультативную, лечебно-диагностическую, реабилитационную и социально-психологическую, юридическую, помощь подросткам в возрасте от 10 до 17 лет включительно, направленную на сохранение их репродуктивного здоровья. Функции ЦОРЗП включают оказание психологической и психотерапевтической помощи подросткам и членам их семей при наличии у подростков эмоциональных нарушений, расстройств поведения и половой идентификации, сексуального предпочтения и полоролевого поведения, нервно-психических расстройств после сексуального насилия и аборта, при нежеланной беременности. Для этого в штате предусмотрен врач-психотерапевт (одна должность) и медицинский психолог (одна должность на 25 тыс. детского населения)¹⁶.

¹⁴ Литвинова М. Материнское несчастье: как справиться с послеродовой депрессией // Известия, 17 февраля 2022. — URL: <https://iz.ru / 1291568 / marta-litvinova / materinskoe-neschaste-kak-spravitsia-s-poslerodovoi-depressiei> (дата обращения: 25.07.2024).

¹⁵ URL: <https://msph.ru / gde-poluchit-uslugi> (дата обращения: 25.07.2024).

¹⁶ Приказ МЗ РФ от 20 октября 2020 г. № 1130н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», Приложения 1, 32, 33, 41, 42. — URL: <https://base.garant.ru / 74840123 /> (дата обращения: 25.07.2024).

Заклучение

Современный репродуктивный выбор сопровождается эмоциональными проблемами на всех его этапах: от принятия решения о будущем рождении до послеродового периода. Репродуктивное поведение и установки, в основном, обусловлены традиционными ценностями, преобладающими в нашем обществе: ценностью семьи, детей, материнства, что, в свою очередь, сформировало основной позитивный стереотип и показало успешности женщины — ценность наличия ребёнка. Но параллельно сохраняются и негативные стереотипы, доходящие до стигматизации с соответствующими психологическими последствиями — бесплодие трактуется как наказание, что ведёт к негативным последствиям в системе внутрисемейных коммуникаций и психологическим проблемам при лечении. Отказ от рождения ребёнка, в том числе прерывание беременности, ведёт женщину к постабортному синдрому, негативно влияя на эмоциональное самочувствие её близких и медицинских работников, участвующих в аборте. Репродуктивное донорство как одно из решений проблемы бесплодия может создавать психологические проблемы донорам, особенно если основным мотивом является потребность в материальных средствах.

Сегодня важность эмоционального состояния как элемента влияния на индивидуальный репродуктивный выбор достигла такой степени, что стала учитываться в программах обязательной медицинской помощи. Общедоступность методов современной репродуктологии увеличивает зна-

чимость немедицинских аспектов при принятии решений относительно числа детей, времени их рождения. Усиление влияния эмоционально-психологических факторов рождаемости обусловило необходимость стимулирования пронаталистских репродуктивных намерений и разработки мер реализации пронаталистского репродуктивного выбора, учитывающих специфику разных групп населения со скрытым «репродуктивным потенциалом».

Численность групп, их потенциальный вклад в рождаемость и возможные меры регулирования различны. На этапе принятия решения о рождении детей две категории населения хотят иметь детей, но боятся или не могут по состоянию здоровья — это репродуктивно здоровые женщины с патологическим страхом деторождения, и бесплодные женщины и мужчины. Они могут реализовать свои намерения при условии оказания квалифицированной психологической помощи, семейной психотерапии, корректной трактовки результатов проведённых процедур и прочего.

Другую группу со специфическими эмоциональными проблемами составляют женщины, собирающиеся, по разным причинам, прервать беременность, то есть текущие репродуктивные планы антинаталистские, что не означает их неизменности в будущем, поэтому психологическая помощь должна быть направлена на «репродуктивный разворот» и смягчение последствий стигматизации абортов. Аналогичные меры могут быть эффективны при лечении послеродовой депрессии и формировании репродуктивных установок подростков.

Литература и интернет-источники

1. **Voellmin, A.** Maternal positive affect over the course of pregnancy is associated with the length of gestation and reduced risk of preterm delivery / A. Voellmin, S. Entringer, N. Moog, P.D. Wadhwa, C. Buss // *Journal of Psychosomatic Research*. — 2013. — Vol. 75. — No 4. — P. 336–340. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2013.06.031
2. **Pitchford, S.R.** Image-making movements: Welsh nationalism and stereotype transformation / S.R. Pitchford // *Sociological Perspectives*. — 2001. — Vol. 44. — No. 1. — P. 45–65.
3. **Брутман, В.И.** Психологическое состояние и речь женщин на различных этапах репродуктивного цикла в норме и в кризисных ситуациях / В.И. Брутман, Н.И. Миронова, С.Н. Ениколопов, [и др.] // Информационный бюллетень РФФИ № 7. — Москва : Жизнь и мысль, 1999. — 192 с.

4. **Léridon, H.** Sterility and subfecundity: from silence to impatience? / H. Léridon // Population: an English Selection. — 1992. — No. 4. — P. 35–54.
5. **Sotnikova, E.I.** Why do women in Russia prefer abortions to modern methods of contraception? / E.I. Sotnikova, L.D. Efremova, N.E. Rusanova // Book of abstracts of IFFS'98. — San-Francisko: American Society for reproductive medicine, 1998. — P. 5.
6. **Ветошкина, У.В.** Церковь и медицина об аборте / У.В. Ветошкина, А.В. Смирнова // Церковь и медицина. — 2021. — № 1(20). — С. 157–165. EDN: TXAMLL
7. **Чернова, Ж.В.** Антиабортная повестка в консервативном дискурсе современной России: идеологические кампании, правовые инициативы и региональные практики / Ж.В. Чернова, Л.Л. Шпаковская // Демографическое обозрение. — 2021. — Том 8. — № 2. — С. 27–50. DOI: 10.17323 / demreview.v8i2.12781; EDN: NFQYJC
8. **Карымова, О.С.** Социально-психологические особенности репродуктивной установки бесплодных мужчин и женщин. Диссертация на соискание учёной степени к.псих.н. по специальности «Социальная психология» 19.00.05 / О.С. Карымова. — Санкт-Петербург, 2010. — 241 с. EDN: QEOVHR
9. **Фоменко, Г.Ю.** Психологические аспекты женского бесплодия в ракурсе экзистенциальной проблематики / Г.Ю. Фоменко // Кубанский научный медицинский вестник. — 2006 — № 5–6. — С. 144–147. EDN: HUMWYJ
10. **Шенкер, Дж.** Стресс и бесплодие / Дж. Шенкер // Акушерство и гинекология. — 1993. — № 2. — С. 39–42.
11. **Аникина, В.О.** Психическое здоровье женщин во время беременности, исходы родов и здоровье детей первого года жизни / В.О. Аникина, И.А. Аринцина, Е.Д. Эрнепесова // Репродуктивные технологии сегодня и завтра. Материалы XXXII Ежегодной Международной конференции Российской Ассоциации Репродукции Человека (Казань, 7–10 сентября 2022 г.). — Казань, 2022. — С. 117–118.
12. **Dunson D.B.** Day-specific probabilities of clinical pregnancy based on two studies with imperfect measures of ovulation / D.D. Dunson, D.D. Baird, A.J. Wilcox, C.R. Weinberg // Human Reproduction. — 1999 — No. 14. — P. 1835–1839.
13. **Русанова Н.Е.** Социально-демографические особенности прокреативного поведения в условиях рутинизации вспомогательных репродуктивных технологий / Н.Е. Русанова, О.Г. Исупова // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. — 2021. — № 3. — С. 361–369. DOI: 10.17072 / 2078-7898 / 2021-3-361-369; EDN: THUQRU
14. **Ланцбург М.Е.** Психологические и психосоматические нарушения в период беременности и родов / М.Е. Ланцбург, Т.В. Крысанова, Е.В. Соловьева // Электронный журнал «Современная зарубежная психология», — 2016. — Т. 5. — № 2. — С. 78–87. DOI: 10.17759 / jmf.2016050210; EDN: WJIAEB
15. **Woody, C.A.** A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression / C.A. Woody, A.J. Ferrari, D.J. Siskind, H.A. Whiteford, M.G. Harris // Journal of Affective Disorders. — 2017. — No. 219. — P. 86–92.
16. **Paulson, J.F.** Focusing on depression in expectant and new fathers: prenatal and postpartum depression not limited to mothers / J.F. Paulson // Psychiatric Times. — 2010. — Vol. 27. — No. 2. — P. 48–50.

Сведения об авторах:

Русанова Нина Евгеньевна, д.э.н., доцент, ведущий научный сотрудник, ИСЭПН ФНИСЦ РАН, Москва, Россия.

Контактная информация: e-mail: ner238@rambler.ru; ORCID: 0000-0002-1859-2345; РИНЦ SPIN-код: 3843–1573.

Назарова Инна Борисовна, д.э.н., главный научный сотрудник, ИСЭПН ФНИСЦ РАН, Москва, Россия.

Контактная информация: e-mail: inna-nazarova@mail.ru; ORCID: 0000-0001-8086-1617; РИНЦ SPIN-код: 5172–5164.

DOI: 10.24412 / 1561-7785-2025-1-40-50

EMOTIONAL PROBLEMS AT THE STAGES OF REPRODUCTIVE CHOICE: FROM PLANNING TO POSTPARTUM DEPRESSION

Nina E. Rusanova*, Inna B. Nazarova

ISESP FCTAS RAS

(32 Nakhimovsky prospect, Moscow, Russia, 117218)

*E-mail: ner238@rambler.ru

Funding:

The study was carried out within the framework of the RSF grant, project № 23–28–00942. — URL: <https://rscf.ru / project / 23–28–00942 />.

For citation:

Rusanova N.E., Nazarova I.B. Emocional'nye problemy na etapah reproduktivnogo vybora: ot planirovaniya do poslerodovoj depressii [Emotional problems at the stages of reproductive choice: from planning to postpartum depression]. *Narodonaselenie* [Population]. 2025. Vol. 28. No. 1. P. 40–50. DOI: 10.24412 / 1561-7785-2025-1-40-50 (in Russ.)

Abstract. *The article is devoted to analysis of the main features of the psycho-emotional state of women and its regulation at different stages of reproductive decision-making: pregnancy planning, pregnancy preservation, childbirth. For a long time, the emotional characteristics of these periods remained an individual problem that went beyond the interests of society. With a high unregulated birth rate, emotions attracted attention only in connection with conditions that physically threaten a woman's life and her subsequent fertility. Today, the relevance of the topic is due to the institutional equivalence of all options for reproductive choice — from conscious refusal to give birth to children, natural pregnancy and independent childbirth to in vitro fertilization (IVF) using donor cells, pregnancy with the help of surrogate mothers, cryopreservation of embryos for «delayed births», and so on. All of them are characterized by emotional stress, the mitigation of which is possible taking into account the peculiarities at each stage of reproductive choice and the social nature of reproductive decisions. In the context of the pronatal demographic policy, which involves expanding the scope of socio-economic assistance to families with children, two groups of the population who refuse to procreate are of interest: women who are afraid of childbirth, and patients with infertility. Abortion is emotionally flawed, because, even performed by qualified specialists, it allows to preserve woman's reproductive health, but it is often accompanied by personal problems that are not considered as a deviation from the population norm; this is how abortion differs from the pathological fear of childbirth, which was classified as an independent phobia («tokophobia») in 2000. Current reproductive plans at the stage of decision on artificial termination of pregnancy are considered antinatal, although they may change in the future, therefore psychological assistance should be aimed at «forming reproductive attitudes of adolescents and mitigating the consequences of stigmatization of abortions. Similar measures are also effective in the treatment of postpartum depression.*

Keywords: reproductive behavior, childbirth, abortion, emotional health, psycho-emotional state.

References and Internet sources

- Voellmin A., Entringer S., Moog N., Wadhwa P.D., Buss C. Maternal positive affect over the course of pregnancy is associated with the length of gestation and reduced risk of preterm delivery. *Journal of Psychosomatic Research*. 2013. Vol. 75. No. 4. P. 336–340. DOI: 10.1016 / j.jpsychores.2013.06.031
- Pitchford S.R. Image-making movements: Welsh nationalism and stereotype transformation. *Sociological Perspectives*. 2001. Vol. 44. No. 1. P. 45–65.
- Brutman V.I., Mironova N.I., Enikolopov S.N., et al. Psikhologicheskoye sostoyaniye i rech' zhenshchin na razlichnykh etapakh reproduktivnogo tsikla v norme i v krizisnykh situatsiyakh. [The psychological state and speech of women at various stages of the reproductive cycle in normal and crisis situations]. *Informatsionnyy byulleten' RFFI*, 7. [RFFR Newsletter No. 7]. Moscow. 1999. 192 p. (in Russ.)
- Léridon H. Sterility and subfecundity: from silence to impatience? *Population: an English Selection*. 1992. No. 4. P. 35–54.
- Sotnikova E.I., Efremova L.D., Rusanova N.E. Why do women in Russia prefer abortions to modern methods of contraception? *Book of Abstracts of the IFFS World Congress*. San Francisco. American Society for Reproductive Medicine. 1998. P. 5.
- Vetoshkina U.V., Smirnova A.V. Tserkov' i meditsina ob aborte. [Church and medicine about abortion]. *Tserkov' i meditsina [Church and Medicine]*. 2021. No. 1(20). P. 157–165. (in Russ.)
- Chernova Zh. V., Shpakovskaya L.L. Antiabortnaya povestka v konservativnom diskurse sovremennoj Rossii: ideologicheskije kampanii, pravovye initsiativy i regional'nyje praktiki. [The anti-abortion agenda in the conservative discourse in Russia: ideological campaigns, legal initiatives and regional practices]. *Demograficheskoye obozreniye. [Demographic Review]*. 2021. Vol. 8. No. 2. P. 27–50. (in Russ.)
- Karymova O.S. Sotsial'no-psihologicheskije osobennosti reproduktivnoj ustanovki besplodnykh muzhchin i zhenshchin. Dissertatsiya na soiskanie uchenoj stepeni kandidata psihologicheskikh nauk. [Socio-Psychological Specifics of the Reproductive Attitudes of Infertile Men and Women]. Cand. Diss. Saint-Petersburg. 2010. (in Russ.)
- Fomenko G. Yu. Psihologicheskije aspekty zhenskogo besplodiya v rakurse ekzistentsial'noj problematiki. [Psychological aspects of female infertility within the perspective of existential problems]. *Kubanskij nauchnyj meditsinskij vestnik. [Kuban Scientific Medical Bulletin]*. 2006. No. 5–6. P. 144–147. (in Russ.)
- Shenker J. Stress i besplodie. [Stress and infertility]. *Akusherstvo i ginekologiya. [Obstetrics and Gynecology]*. 1993. No. 2. P. 39–42. (in Russ.)
- Anikina V.O., Arincina I.A., Ernepesova E.D. Psihicheskoye zdorovye zhenshchin vo vremya beremennosti, ishody rodov i zdorovye detej pervogo goda zhizni [Mental health of women during pregnancy, the outcomes of childbirth and the health of children in the first year of life.]. *Reproduktivnyje tehnologii segodnya i zavtra. Materialy 32 Yezhegodnoj Mezhdunarodnoj konferentsii Rossijskoj Assotsiatsii Reproduktivnoy Cheloveka [Reproductive Technologies Today and Tomorrow. Proceedings of the XXXII Annual international conference of the Russian Association of Human Reproduction (September 7–10, 2022. Kazan)]*. Kazan. 2022. P. 117–118. (in Russ.)
- Dunson D.B., Baird D.D., Wilcox A.J., Weinberg C.R. Day-specific probabilities of clinical pregnancy based on two studies with imperfect measures of ovulation. *Human Reproduction*. 1999. No. 14. P. 1835–1839.
- Rusanova N.E., Isupova O.G. Sotsial'no-demograficheskije osobennosti prokreativnogo povedeniya v usloviyakh rutinizatsii vspomogatel'nykh reproduktivnykh tehnologij. [Sociodemographic features of procreative behavior in the routine use of assisted reproductive technologies]. *Vestnik Permskogo universiteta. Filosofiya. Psihologiya. Sotsiologiya [Perm University Herald. Philosophy. Psychology. Sociology]*. 2021. No. 3. P. 361–369. DOI: 10.17072 / 2078-7898 / 2021-3-361-369 (in Russ.)
- Lantsburg M.E., Krysanova T.V., Solovyeva E.V. Psikhologicheskije i psikhosomaticheskije narusheniya v period beremennosti i rodov. [Psychological and psychosomatic disorders during pregnancy and childbirth]. *Elektronnyj zhurnal «Sovremennaya zarubezhnaya psihologiya» [Journal of Modern Foreign Psychology]*. 2016. Vol. 5. No. 2. P. 78–87. DOI: 10.17759 / jmfp.2016050210

15. Woody C.A., Ferrari A.J., Siskind D.J., et al. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*. 2017. No. 219. P. 86–92.
16. Paulson J.F. Focusing on depression in expectant and new fathers: prenatal and postpartum depression not limited to mothers. *Psychiatric Times*. 2010. Vol. 27. No. 2. P. 48–50.

Information about the author:

Rusanova Nina Evgenievna, Doctor of Economics, Associate Professor, Leading Researcher, ISESP FCTAS RAS, Moscow, Russia.

Contact information: e-mail: ner238@rambler.ru; ORCID: 0000-0002-1859-2345; Elibrary SPIN-code: 3843–1573.

Nazarova Inna Borisovna, Doctor of Economics, Chief Researcher, ISESP FCTAS RAS, Moscow, Russia.

Contact information: e-mail: inna-nazarova@mail.ru; ORCID: 0000-0001-8086-1617; Elibrary SPIN-code: 5172–5164.

Статья поступила в редакцию 14.10.2024, утверждена 17.02.2025., опубликована 31.03.2025.